

Cuidado e autocuidado em oncologia: significados para profissionais e usuários

*Narjara Tamyres Pedrosa**

*Larissa Polejack***

Resumo

O objetivo deste trabalho foi compreender os significados do cuidado para profissionais e usuários de um serviço de oncologia. Foi realizado um estudo qualitativo, de cunho exploratório e descritivo. Para coleta de informações o instrumento de complemento de frases juntamente com um roteiro de entrevista semiestruturada. As informações foram submetidas à análise do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre e Lefèvre. Doze sujeitos participaram do estudo, sendo cinco usuários e sete profissionais. O estudo avaliou três eixos temáticos, Cuidado e autocuidado, Serviço e Sugestões. Como resultado, o cuidado foi associado à atenção a si próprio e ao outro, já o autocuidado foi associado à atitude de se ter atenção consigo mesmo, vinculada a prática de hábitos saudáveis e atividades prazerosas. O segundo eixo explorou a necessidade de cuidado à pessoa com câncer, emergindo a importância do atendimento humanizado, e das tecnologias relacionais; e também a necessidade do cuidado para o profissional de saúde. O último eixo apresenta sugestões dos participantes para a instituição, que incluem a criação de espaços de acolhimento e escuta para todos os protagonistas do sistema. Sugere-se a implantação dos princípios da Política Nacional de Humanização, tais como a clínica ampliada, o acolhimento e o controle social para a construção de um espaço que favoreça atender as demandas subjetivas dos atores sociais da saúde.

Palavras-chaves: Cuidado, profissional de saúde, usuário.

Care and self-care in oncology: meaning for health providers and patients

Abstract

The objective of this study was to understand the meaning of care for health providers and patients from an oncology service. A qualitative, exploratory and descriptive study was conducted in a Brazilian Hospital. Semi-structured interviews and a complementing phrases tool were used to gather information which that was analysed using Collective Subject Discourse proposed by Lefèvre and Lefèvre. Twelve participants were enrolled in the study (five patients and seven health providers). The study analysed three categories, care and self-care, service and Suggestions to enhance quality at services. The care was associated with attention to himself and to the other, self-care was associated with the attitude of paying attention to yourself thru healthy habits and pleasurable activities. The second area explored was the need to care for the person with cancer, emerging the importance of humanized care, and relational technologies; and also the need of caring for the health providers as well. The last axis shows suggestions of the participants to the institution, including the creation of spaces of welcome and listen to all protagonists. It is suggested to implement the principles of the National Policy of Humanization, such as amplified clinic, openness and social protagonism to build an environment that fosters meet the subjective demands of all stakeholders.

Keywords: care, health providers, oncology patients.

* Hospital Universitário de Brasília, Residência Multiprofissional em Atenção oncológica, Brasília, Brasil.

**Instituto de Psicologia UnB, Departamento de Psicologia Clínica.

Introdução

O conceito de saúde é complexo e vem se transformando ao longo do tempo. O modelo biopsicossocial ampliou a visão sobre o processo saúde-doença, não como algo dicotômico, mas sim dinâmico, mostrando um olhar mais voltado para o sujeito, e não somente a sua patologia, incluiu as dimensões biológicas, socioeconômicas, psicológicas e culturais e cada vez mais a dimensão relacional do cuidado em saúde torna-se foco de interesse e pesquisas (Reis, 1999; Vázquez, Rodríguez & Álvarez, 1998).

Vivar, Orecilla-Velilla e Gómara-Arraiza (2009) realizaram estudo com 14 enfermeiros em unidades oncológicas da Espanha, sobre os desafios envolvidos no cuidado de pacientes com recidiva de câncer. Identificaram que estes demandam cuidados que vão além da dimensão técnica, incluindo a relacional, para restaurar a confiança no tratamento e combater o medo da morte. Todavia, os profissionais relataram sentirem-se despreparados para atuarem, seja pela falta de formação em psico-oncologia, sobrecarga de trabalho, escassez de tempo e insegurança sobre o que comunicar, prejudicando alcançar cuidado integral.

A ausência de comunicação entre profissional e paciente (Peterson & Carvalho, 2011) pode ser percebida como um não cuidar, que pode provocar sentimentos de abandono, prejuízo no vínculo com os profissionais e a adaptação do usuário ao ambiente hospitalar (Peterson & Carvalho, 2011).

O cuidado em saúde não é apenas um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão em saúde como o direito do indivíduo. Esse aspecto considera e respeita as diferenças das pessoas e as necessidades específicas de cada um. Quando se reflete sobre esse aspecto é possível garantir práticas terapêuticas mais adequadas a cada contexto, e a participação ativa do usuário no seu tratamento (Brasil, 2010a).

Um estudo realizado sobre a percepção de cuidado para 45 usuários e 45 enfermeiras em Brasília-Brasil revelou a representação social de cuidado dos pacientes pautada por uma relação ética, sensível, solidária, afetiva e compromissada com uma assistência humanizada. A percepção dos profissionais se restringiu a cuidado como tratamento, restrito a ordem técnica e impessoal. No entanto deveria ser apresentadas percepções distintas sobre o cuidado necessário para o usuário (Borges, Queiroz & Silva, 2011).

Franco e Merhy (2005) defendem o modelo de atendimento usuário-centrado na produção de saúde pautado

principalmente na relação entre esses dois atores sociais, em que se explora o adoecimento, mas também, a compreensão do usuário sobre o adoecimento, as experiências vividas, os saberes adquiridos, a sua dinâmica de vida, que são importantes para manejar conjuntamente os problemas. O foco é voltado para as tecnologias relacionais, como a adoção do acolhimento dos usuários e suas queixas, da clínica ampliada e do projeto terapêutico singular, em que habilidades como olhar e escutar são primordiais.

O termo autocuidado foi criado em 1967, pela enfermeira Dorothea Elizabeth Orem, definido como a realização de atividades para si mesmo de modo a manter a vida, a saúde e o bem-estar (Henriques & Coppard, 1985). Para eles, o autocuidado se refere a ações e decisões que o indivíduo toma para prevenir, diagnosticar ou tratar suas doenças, ou, para manter e melhorar sua saúde e as decisões de utilizar tanto os cuidados formais e informais.

Mendes, Bastos e Paiva (2010) realizaram estudo qualitativo em Portugal, com cinco participantes cardiopatas, com o objetivo de compreender os fatores que afetam o autocuidado no processo de transição saúde e doença. Identificaram que a falta de conhecimento sobre o diagnóstico e o regime terapêutico influenciavam negativamente o autocuidado dos pacientes. Os esforços da equipe restringiam-se a orientação de hábitos e uso correto da medicação de modo generalista, que era ineficaz devido à falta de compreensão dos pacientes sobre o adoecimento mesmo após as orientações. Ressalta-se que o conhecimento que a pessoa dispõe sobre o diagnóstico pode ser uma ferramenta importante para a tomada de decisões sobre a sua terapêutica (Mendes, Bastos & Paiva 2010). O que é corroborado por Oliveira, Campos e Alves (2010) em seu estudo qualitativo, realizado em Fortaleza-CE, com 30 pacientes, predomínio do sexo feminino, sobre o autocuidado de pacientes com nefropatia diabética, em que a educação mais intensa ao paciente, contextualizada a realidade vivida, pode proporcionar autossuficiência e qualidade de vida.

Achury-Saldaña, Rodríguez, Achury-Beltrán, Padilla-Velasco, Leuro-Umaña, Martínez, Soto-Rodríguez, Almonacid-Lever, Sosa e Camargo-Becerra (2013) avaliou o efeito de um programa educativo na capacidade de agência de autocuidado do paciente com hipertensão arterial, em 83 pacientes, através de um estudo quantitativo, em que os melhores resultados dos programas educativos ocorreram naqueles que eram estruturados e voltados para as demandas individuais de cada caso.

Em conformidade com a necessidade de ir além dos aspectos prescritivos, os estudiosos Henriques, Rodrigues,

Gonçalves, Almeida, Santos, S. Abud, Daltro e Barros, (2010) realizaram um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa para avaliar o autocuidado de mulheres com câncer de mama submetidas a quimioterapia, a amostra foi constituída de 40 pacientes cadastradas em ambulatório oncológico de Sergipe-Brasil. Neste estudo constatou-se que a adesão as orientações durante o tratamento quimioterápico foram parciais, não havendo correlação entre o resultado e nível escolar ou socioeconômico das enfermas. No entanto, foi destacada a importância de se levar em conta para elaboração dos planos terapêuticos a cultura, a história de vida de cada indivíduo e sua subjetividade, pois impactam o curso do tratamento.

Arenas-Moreal, Hernández-Tezoquipa, Valdez-Santiago, e Bonilla Fernandez, (2004) realizaram um estudo sobre a influência do trabalho no autocuidado do médico e observaram que estes negligenciam a sua saúde por vários fatores, desde a formação, em que o foco do cuidar é o outro; alta cobrança de produtividade e escassez de tempo; a falta de espaço apropriado nas instituições para descansar; por conhecimento dos sintomas e a provável evolução eles optam por consultas em corredores com os próprios colegas de trabalho. Observa-se com isso a limitação dos cuidados a alimentação, sono, descanso e lazer. Bem como o aumento no nível de estresse e abuso de substâncias psicoativas.

Apesar de haver reconhecimento sobre a importância do cuidado e do autocuidado em saúde, ainda há carência de pesquisas envolvendo tanto profissionais de saúde quanto usuários legitimando ambos como atores e protagonistas nesse processo.

Diante da necessidade de melhor compreensão sobre esses conceitos sob o ponto de vista de quem lida com o câncer diariamente este estudo foi desenvolvido com os seguintes objetivos: a) geral: compreender os significados que profissionais de saúde e usuários do serviço de oncologia dão ao cuidado e vivência do autocuidado; b) específicos: conhecer as práticas adotadas de autocuidado vivenciadas por usuários e profissionais de saúde; identificar se a instituição promove espaços para a discussão de cuidado e autocuidado de profissionais e usuários do serviço; e por fim, propor ações que fortaleçam a prática de cuidado entre usuários, profissionais e instituição de saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória e descritiva desenvolvida com autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o CAAA: 36181914.9.0000.0030.

Procedimento:

O estudo foi desenvolvido em um Centro de Tratamento Especializado em Oncologia de um Hospital Universitário, entre outubro e dezembro de 2014. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e usuários. Além das entrevistas utilizou-se o instrumento de complemento de frases. O Complemento de Frases é uma ferramenta que permite ao participante contato com a expressão escrita e a verbal. Cada frase incompleta pode levar a múltiplas situações vívidas, evocando emoções e reflexões (González Rey, 2002). O roteiro semiestruturado foi elaborado para a presente pesquisa, composto dos seguintes eixos: significado do cuidado, a forma como é realizado o autocuidado, o papel da instituição na promoção do autocuidado dos atores sociais e sugestões para o serviço. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas para tratamento das informações. Também foram levantados dados sociodemográficos e clínicos nos prontuários dos usuários.

Participantes

Foram 12 participantes, cinco usuários e sete profissionais de um Centro Especializado em Oncologia. A amostra foi composta de homens e mulheres, maiores de 18 anos. A pesquisa ocorreu entre julho a dezembro de 2014. Quanto aos usuários foram escolhidos independente do tempo decorrido desde o diagnóstico e da evolução da doença e os profissionais com mais de um ano de atuação na área de Oncologia. Os critérios de exclusão para usuários foram não ter ciência do diagnóstico; possuir idade inferior a 18 anos; não ser alfabetizado; apresentar déficits auditivos ou qualquer outra condição clínica que dificultasse a comunicação para o desenvolvimento da pesquisa; e recusar o convite de participação na pesquisa. O critério de exclusão para os profissionais foi ter menos de um ano de experiência em oncologia. A seleção dos usuários foi por conveniência e obedeceu a uma sequência temporal tendo como critério a data de ingresso no serviço. Os usuários tinham que ter pelo menos um mês de vínculo com a instituição e foram abordados nos momentos em que aguardavam atendimento da equipe multiprofissional no serviço. Os profissionais de saúde integrantes da equipe foram convidados a participar e, aqueles que concordaram, marcaram um horário previamente agendado para entrevista realizada no próprio serviço.

Tratamento das Informações

Optou-se por empregar a análise do discurso do sujeito coletivo de Lefèvre e Lefèvre (2005) para garantir a confidencialidade e a proteção dos sujeitos. Essa abordagem se aproxima da concepção de subjetividade social apresentada por González Rey definida a partir da interação do sujeito com o social, que o constitui e é constituído por ele, onde emerge uma nova qualidade exclusiva do ser humano a partir da interação do processo simbólico com o aspecto emocional, produzindo um novo sentido (Mori & González Rey, 2012).

A análise consiste em identificar no material as ideias centrais (IC) e/ou ancoragens e as suas correspondentes expressões chaves; por meio dessas expressões semelhantes se compõe cada discurso do sujeito coletivo (DSC). O discurso elaborado traz à tona as individualidades semânticas construídas no imaginário social, ou seja, as representações sociais sobre o fenômeno (mitos, crenças, apropriação de uma realidade externa) (Lefèvre & Lefèvre, 2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Usuários:

Participaram do estudo cinco usuários, sendo que três eram do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades entre 34 a 87 anos. Em relação à escolaridade,

um com ensino fundamental, dois com ensino médio, um com ensino superior completo e um com pós-graduação. Quanto ao estado civil, um era solteiro, dois eram casados, um era viúvo e um divorciado. Em relação ao diagnóstico, duas realizavam tratamento para câncer de mama, uma de pulmão, um de próstata e um próstata e bexiga. Os estadiamentos variaram entre T2 e T4, de uma escala que avalia a localização, a disseminação do tumor e se já se espalhou pelo corpo. O tempo de tratamento na instituição variou de dois meses a oito anos.

Profissionais:

Os sete entrevistados atuavam nas áreas de enfermagem, técnico de enfermagem, fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia e serviço social, sendo seis do sexo feminino e um do sexo masculino, as idades variaram de 27 a 44 anos. Em relação à escolaridade, uma tinha ensino superior incompleto, os demais possuíam pós-graduação. O tempo de experiência em oncologia variou de um ano e três meses a 13 anos.

A apresentação das informações dos DSC foi dividida em três eixos temáticos: Cuidado, Serviço e Sugestões, com base nos objetivos gerais e específicos deste trabalho.

EIXO: CUIDADO

O eixo cuidado apresenta a concepção acerca de cuidado e autocuidado de usuários e profissionais por meio do DSC e pelo Complemento de Frases.

Questão 1: Qual é o significado de cuidado para você?

Quadro 1: Significado de cuidado e autocuidado

USUÁRIOS	PROFISSIONAIS DE SAÚDE
IC1: Cuidar de você mesma DSC1: <i>Se preocupar em cuidar de você mesma, se descobrir, se conhecer, ter atenção com a gente mesmo, e a gente só vê essa necessidade quando precisa.</i> IC2: Ter uma pessoa e você ter que cuidar dela DCS2: <i>É você ter uma pessoa e cuidar dele e se tiver que se ausentar, um outro tem que ficar responsável pelo cuidado daquela pessoa que não pode ficar sozinha.</i>	IC1: Bem-estar em todos os sentidos DSC1: <i>Eu acho que cuidado está muito relacionado com a qualidade de vida da pessoa, envolve tudo, se a pessoa gosta do trabalho, se faz uma atividade física, se tem alimentação saudável, se tem vínculos agradáveis, amizade, família, trabalho, comunidade, religião, inclui o cuidado com a própria saúde e a pessoa também quer o autoconhecimento. Bem estar em todos os sentidos.</i> IC2: Relação com o outro DSC2: <i>Eu acho que é o olhar o outro, a proteção, é prestar atenção no que a pessoa deseja, se doar para o outro. São todos os conjuntos de ações, das pessoas, dos sistemas, dos profissionais de saúde, dos familiares que ajudam o paciente/ doente a atravessar esse momento difícil da doença. É o esforço coletivo da sociedade em relação àqueles que sofrem. Envolve tanto o biológico, o social, o psicológico, envolve pensar nas necessidades que a pessoa tem e buscar saná-la. Conseguir com que se sinta bem, confortável, se preocupar com o bem-estar da pessoa em diversos aspectos. A gente faz muito pouco do cuidado, estabelece mais terapêutica do que o cuidado em si.</i>

Tabela 2*Complemento de frases sobre cuidado*

Complemento de frases	
Usuários	Profissionais
O cuidado: É percebido como fundamental e muito importante. É a relação com o outro e com nós mesmos, é atenção, é o que eu recebo e tomo por atitude. Vinculado à ideia de não se perder as consultas, os exames.	O cuidado: <i>Vinculado a vida, proteção, carinho, qualidade de vida, a ser holístico. Cuidado é algo que todos vão precisar em algum momento da vida e deve ser realizado da melhor maneira possível.</i>

Os DSC1 dos usuários e complemento de frases apresentam a ideia de cuidado como atenção às próprias necessidades do indivíduo e as ações para supri-las, envolve o cuidado consigo. Os DSC1 e o complemento de frases dos profissionais também destacam a importância do autoconhecimento do indivíduo para o cuidado, e diferenciam diversas necessidades que o sujeito apresenta físicas, psicológicas, sociais e espirituais, vinculadas a obter qualidade de vida. Essa compreensão dos usuários e profissionais está de acordo com a noção de cuidado de si da cultura greco-romana, que tinha como princípios a noção de epiméleia *beatotú*, ou seja, o fato de se ocupar e se preocupar consigo, bem como a ideia de gnôthi seautón, que significa conhece-te a ti mesmo (Freitas & Meneghel, 2011). Dessa maneira é essencial que os sujeitos busquem identificar as suas necessidades, refletir sobre elas e o modo para saná-las, para assim decidir se precisa ou não de ajuda.

No DSC2, tanto usuários quanto profissionais atribuíram ao cuidado a dimensão da relação com o outro. Contudo, os usuários trazem a ideia de se responsabilizar por alguém próximo, um familiar ou um amigo, num nível microssocial. Já para os profissionais, o cuidado é destinado ao paciente e envolve toda uma rede, família, trabalhadores e Estado. Porém, os profissionais apontam a dificuldade de cuidar integralmente do paciente, muitas vezes só conseguem estabelecer um cuidado técnico ao problema de saúde e não estabelecem uma relação com o usuário. O DSC 2 corrobora o estudo realizado por Hortense, Carmagnani e Brêtas (2008), com pacientes com câncer de laringe, que explora o seu estilo de vida tendo em vista o tabagismo, percebe-se o papel do profissional de impor ao paciente o que a ciência determina como correto para a saúde, não havendo espaço para se ouvir os seus sentimentos, qual é a relação estabelecida com o cigarro, ou suas crenças sobre o que é importante para sua vida; o foco é no corpo doente e não no usuário. A lógica prescritiva é seguida, ao invés de se estabelecer uma terapêutica onde a voz do indivíduo seja contemplada e este possa contribuir com o tratamento ativamente. A comunicação é basicamente informativa.

A ideia expressa no DSC1 e complementos de frases de usuários e profissionais acerca do autocuidado são vinculados à prática de hábitos saudáveis, ou seja, a adoção de uma alimentação saudável, atividades físicas e manejo do estresse. O autocuidado pode ser entendido como todas as práticas desenvolvidas pelo próprio sujeito em seu benefício para promover, preservar, assegurar e manter a vida (Brasil, 2008). Tal achado pode ser encontrado também nos estudos de Oliveira, Campos e Alves (2010) e Henriques et al. (2010) a medida em que os sujeitos compreendem o diagnóstico e a terapêutica, passa a se responsabilizar também pelo seu cuidado. Segundo o DSC2 dos usuários, antes do diagnóstico/tratamento seu autocuidado era negligenciado, por várias razões; dentre elas, a dedicação ao bem-estar do outro, do foco na saúde não ser uma prioridade e do distanciamento do sistema de saúde, principalmente na fala das participantes. Pereira e Costa (2007) realizaram estudo com cinco mulheres soropositivas no Distrito Federal com o objetivo de conhecer seu processo de adesão ao autocuidado. Identificaram que a falta de autocuidado nas mulheres soropositivas estava relacionada à autorrecriminação e marginalização, suscitadas da questão de individuação e individualização destas junto a suas famílias. Elas assumiam papéis submissos, de menos-valia ligados a forte representação de gênero relacionado ao papel de boa mulher e boa mãe. Em ambos os estudos, há um negligenciar-se em virtude do outro e isso ultrapassa a questão biológica, perpassa questões que envolvem crenças, visão de mundo, gênero, que devem ser contempladas durante a assistência. Com relação ao DSC2 dos profissionais, apesar de possuírem conhecimentos sobre a manutenção da saúde e preservação da vida e reconhecerem a prática do autocuidado como importante, também apresentam dificuldades de promovê-la com uma frequência adequada. Isso, principalmente em questões ligadas a problemas psicológicos, pensamentos, sentimentos e emoções e a resistência a buscarem ajuda nesse aspecto como se fosse separado do biológico. Dentre as razões estão à displicência com o próprio bem-estar, o estresse gerado pelo trabalho, a

Questão 2: Como você se cuida?

Quadro 3: *Como você se cuida?*

USUÁRIOS	PROFISSIONAIS DA SAÚDE
<p>IC1: Cuido da higiene, da alimentação, hidratação, da aparência, da imunidade.</p> <p>DSC1: <i>Antes eu era despreocupado. Eu tenho o cuidado pessoal que é higiene, limpeza e no meu caso precisa demais pra não pegar uma infecção, cuidado como prevenção. Eu tenho o cuidado com a aparência, gosto de andar arrumadinho.... Gosto sempre de estar me sentindo bem. Cuido principalmente da minha imunidade, da minha saúde, comer de três em três horas, eu fazia um bando de coisas que prejudicou muito. Também ter dormido bem, ter descansado. Outra coisa importante que eu que eu jamais liguei na minha vida é tomar mais água.</i></p> <p>IC2: Depois do tratamento eu não gosto de sair de casa.</p> <p>DSC2: <i>Mudou, hoje em dia, eu sei que eu preciso do tratamento e não adianta eu chorar. Eu não querer vir nos dias do exame que tem que vir. E tive que assumir a responsabilidade de que agora eu preciso de cuidar. Toda vez que ia no médico a pressão sobe, fico nervosa. Eu sou obrigada a vir né. Depois do tratamento, eu não gosto de sair de casa.</i></p> <p>IC3: Agora quem é mais importante sou eu.</p> <p>DSC3: <i>Eu não me cuidava não. Eu cuidava mais dos outros. Até porque eu vi que me dedicava demais aos outros e praticamente nada para mim. Me dei conta disso demais quando eu adoeci, porque a minha vida parou eu acordei. Eu tive medo de morrer. Não tirava tempo para sentar um pouquinho, conversar com a minha vizinha, para brincar com os meus cachorros, para fazer as coisas que eu gosto. Era trabalhando de dia, de noite, cuidando da casa. Agora não tem mais aquele negócio assim, não limpei a casa, não vou nossa, tenho que limpar! Mudei totalmente. Agora quem é mais importante sou eu. Você fica mais medroso, mais inseguro, agora tudo vem muito forte, seja para bom, seja para ruim. Tudo é rápido e forte.</i></p> <p>IC4: Tento ficar de alto astral</p> <p>DSC4: <i>Tento ficar sempre de alto astral, durante a doença eu brinco. Eu sou feliz afinal muito mais feliz agora.</i></p>	<p>IC1: Me cuido fazendo atividade física, dieta balanceada, higiene, sono bom, fazendo o que eu gosto.</p> <p>DSC1: <i>Atividade física para mim regularmente é muito importante, para diminuir o meu nível de estresse. Eu jogo tênis, faço musculação, ioga, meditação. Tenho uma dieta balanceada, um sono bom, eu tento descansar, passo filtro solar todos os dias. Me cuido da seguinte maneira, fazendo o que eu gosto, praticando, por exemplo, eu não deixo de ir na massagem há anos, é algo que eu acho que é meu plano de saúde porque o resto é plano quando eu adoço. Desde as mais simples e corriqueiras como o cuidado mesmo com o corpo, com a higiene e proporcionar coisas que eu sei que vão ser boas para mim, me trazem tranquilidade, lazer. Eu acho que eu sou bem atenta a essas questões de saúde é no sentido de fazer consultas periódicas.</i></p> <p>IC2: Eu deveria me cuidar, eu não me cuido.</p> <p>DSC2: <i>Eu deveria me cuidar, eu não me cuido. Essa questão de ter uma rotina de atividade que preserve a saúde física e mental, é uma rotina que eu não consigo implementar, mas por uma deficiência mesmo de disciplina, propriamente de impossibilidade, não é falta de tempo, e nem dinheiro. Pessimamente, infelizmente, hoje em dia, a profissão está em primeiro lugar em relação ao autocuidado e isso está começando a entrar em conflito, né. Que uma vez eu já tive uma crise, eu coloquei a profissão em primeiro lugar. O meu psicológico, esse eu não tenho me cuidado, eu tenho deixado meio de lado. Bom tem coisas aí que eu não estou fazendo muito, cuidar mais da aparência não é só para vaidade.</i></p>

Quadro 4: *Complemento de frases sobre cuidado*

Complemento de frases	
Usuários	Profissionais
<i>Autocuidado: É muito importante em todos os momentos do tratamento, e da vida. É se policiar em atenção ao teu próprio corpo. É cuidar de si mesmo sem ser egoísta. É acompanhar alguma pessoa que necessita.</i>	Autocuidado: É necessário. Refere-se a atividade física, alimentação saudável, relações pessoais, atividade laboral agradável, baixo nível de estresse, religião. É estar de bem consigo e ser feliz. É algo que precisa ser ensinado e mais valorizado. É possível, mas negligenciado. Tem sido esporádico. É mais difícil de realizar que o cuidado.

carreira sendo priorizada em detrimento a saúde, gerando impactos negativos ao servidor.

Os resultados dos usuários nesse estudo foram similares ao realizado por Rocha, Beuter, Neves, Leite, Brondani e Perlini (2014) sobre autocuidado em pacientes oncológicos idosos. Eles também enfatizaram a importância de uma nutrição saudável, a noção do cuidado de si e de compreender seus limites e estender o cuidado

aos familiares. Com relação ao profissional de saúde se preconiza que esteja sempre bem e disposto, sendo resolutivo, independente do contexto que se insira, situação desafiante que pode gerar um significativo desgaste profissional físico e emocional.

Apesar de ser associado à prática de hábitos saudáveis na literatura e pela presente pesquisa, percebe-se que o autocuidado envolve uma complexidade ainda maior,

relacionado ao modo de existir de cada um no mundo, suas reflexões, crenças, julgamentos, atitudes, gostos, valores e hábitos, representação sobre saúde, história de vida, suas experiências anteriores, o momento presente e o contexto social. Estes fatores estão ligados a noção de cuidar de si, dos sentidos empregados ao ser, vai além da ação de cuidar, envolve a reflexão sobre ela e as suas consequências. A forma como o autocuidado é realizado está associado com a subjetividade de cada um.

Percebe-se ainda que a vida e o modo de viver dos usuários DSC 3 e DSC4, recebem novos significados, pois o cuidar de si e a realização de atividades satisfatórias são colocados como prioridade, bem como, a deliberação e adoção de práticas saudáveis. No complemento de frases é ressaltada a importância de ser ativo no cuidado de si, estar atento ao próprio corpo e realizar práticas saudáveis a cada um. Desse modo, o usuário demonstra se responsabilizar pelo seu processo de tratamento e de ser autônomo na tomada de decisão, bem como apontado por Borges e Porto (2014) no processo de adesão e não adesão ao tratamento. O tratamento oncológico também impõe um cuidado diferenciado ao sujeito e a modificação de sua rotina (DSC1 e DSC2). Que pode estar relacionado a imunidade devido as quimioterapias; a realização de procedimentos invasivos, como a ostomia, que pode mudar a relação do indivíduo com o corpo e a interação com o mundo (Maruyama, 2014); ou restrição do contato social, seja por preservação ou por medo de se expor (Santana, Zanin & Maniglia, 2008).

Faz-se necessário refletir sobre os papéis desempenhados por usuários e profissionais na produção de cuida-

do. É importante que o usuário tenha papel ativo, busque ajuda e se informe, siga as recomendações, negocie com profissional e esclareça suas dúvidas. Do profissional espera-se que além de possuir domínio de conhecimentos e técnicas, apoie a promoção do autocuidado do paciente. Para isso, é necessário escutar o usuário, utilizar linguagem clara, ser criativo, e trabalhar conjuntamente com o paciente para estabelecer a proposta terapêutica, além de acompanhá-lo, avaliá-lo, favorecendo o empoderamento do sujeito, a resolutividade do problema e a consciência crítica do usuário sobre a produção de saúde (Brasil, 2013; Borges & Porto, 2014). Nesse processo de construção, usuários e profissionais de saúde são parceiros.

Foi ressaltado pelos profissionais que o autocuidado “deveria ser ensinado e valorizado” para todos os atores da saúde, inclusive para eles próprios. O que é uma proposta interessante, pois eles estão no papel de cuidar da saúde das pessoas e mediar que elas desenvolvam o autocuidado. Contudo, a formação dos profissionais que lidam com a saúde não se atenta para o tópico do cuidado do cuidador, fazendo com que eles aprendam apenas na prática como é lidar com esse contexto e a sua complexidade, não se restringindo ao tratamento de doenças (Peterson & Carvalho, 2011).

Eixo: SERVIÇO

O eixo serviço explorou a relação do usuário com o serviço e se há promoção de cuidado e incentivo de autocuidado.

Questão 3: No seu acompanhamento até agora, o que tem sido mais importante para o seu autocuidado?

Quadro 5: Fatores que auxiliam o autocuidado.

USUÁRIOS
<p>IC1: O jeito que ele me examinou, me tratou. DSC1: <i>Eu considero que o mais importante foi uma consulta que eu fiz com o doutor ..., Nossa mãe, que médico, essa consulta que ele me fez e me encaminhou aqui para radioterapia. Foi o jeito que me tratou, o jeito que ele me examinou. Assim, eu fui no cardiologista porque tinha que fazer uma cirurgia, chorava demais para não fazer, mas como é que eu ia fazer? Ai eu fui fazendo os exames, e pedindo a Deus. Ai no dia que eu fui, ele falou que eu fizesse todo o procedimento que tinha que fazer, a quimioterapia, as radio, que eu ia ficar boa, se eu tivesse fé em Deus e ele conversou tanto com a gente, eu achei tão importante. Dá força, né!?</i></p> <p>IC2: Muito apoio das pessoas DSC2: <i>Deve ter sido no início né, que tinha ...como é que fala a psicóloga, que vinha que passava uma fita, contar uma história para gente, e assim aos poucos a gente foi aceitando, né. Porque no princípio, a gente não aceita, dá um desespero muito grande. É a mesma coisa de furar o buraco, de jogar, a gente lá no fundo e não tem como tirar, e se não for muito apoio das pessoas, muito cuidado de ajudar a gente, porque pela gente mesmo acho que não tinha nem condição.</i></p> <p>IC3: Orientação DSC 3: <i>Orientação em não automedicação. Tem muita contraindicação com uma série de coisas e eu fui muito bem orientada quanto a isso, isso me ajudou muito.</i></p> <p>IC4: Eu quero jogo aberto DSC4: <i>É o medo. E foi na época que o dr....estava aqui e falou a sua situação desde o início é.... eu falei para ele eu quero jogo aberto, seja o que for eu quero... ai ele foi falando, e falando e quando eu te der essa opção você vai ter que pensar na hora, é essa opção para aquele dia, porque daqui há um ano do jeito que está a coisa, corre-se o risco de não poder dar novamente essa opção.</i></p>

A relação dos usuários com os profissionais de saúde em todos os DSC foi destacada como o componente mais importante para a promoção do autocuidado, devido ao tratamento diferenciado à condição do paciente, quando comparado aos demais atendimentos recebidos, que possibilitou um melhor acesso ao sistema de saúde. Oliveira, Campos e Alves (2010) defendem a comunicação como ferramenta eficaz entre pacientes, profissionais e familiares para controlar agravos e evitar doenças crônicas. Também foi relevante o apoio recebido do psicólogo, no início do tratamento, por acolher o usuário; a orientação quanto à automedicação e a forma franca de dialogar sobre o quadro clínico. A importância da comunicação terapêutica também foi encontrada no estudo de Mendes, Bastos e Paiva (2016) em que os pacientes expressaram encontrar conforto, principalmente, pela forma, simpatia e otimismo transmitidos a eles durante os cuidados. Em ambos os estudos, a comunicação não se limitou a passagem de informações, mas incluía a forma como ocorria e as habilidades que o emissor detinha. Os pesquisadores observaram que o modo como cada participante experienciava os acontecimentos tende a influenciar diretamente seu processo de saúde e doença. Ou seja, tecnologias relacionais, o cuidado como produto, através do acolhimento do usuário e suas demandas, a formação do vínculo, a anamnese, a real compreensão do problema, a comunicação produzindo respostas viáveis e resolutivas (Broto & Dalbello-Araújo, 2013). O que também foi identificado neste estudo tanto pelos profissionais quanto pelos usuários.

EIXO: SUGESTÕES

O eixo sugestões apresenta as propostas para promoção de cuidado por meio dos DSC de usuários e profissionais de saúde dentro da instituição.

Questão 5: Qual é a sua sugestão para o serviço para melhorar o cuidado dentro da instituição?

Quadro 6: Sugestões

USUÁRIOS	PROFISSIONAIS DE SAÚDE
<p>IC1: Continuar dando assistência DSC1: <i>Que continuasse fazendo o que está. Me dando assistência. As tomografias, tudo, eu faço particular, porque eu não moro aqui.</i></p> <p>IC2: Dar prioridade DSC2: <i>Tudo o que a gente vai usar está com a imunidade baixa e a gente se mistura com as outras pessoas. O médico pede para você não estar no aglomerado, o hospital não disponibiliza o preferencial e isso faz uma diferença imensa.</i></p> <p>IC3: Fazer oficinas da beleza para ajudar na autoestima. DSC3: <i>Eu não tive problema em ficar sem cabelo, mas eu encontrei muita gente nesse período que não conseguia ficar sem lenço a maior perda foi o cabelo. Outro dia aqui mesmo eu via uma paciente que ela disse que não conseguia ficar sem sutiã, tinha perdido uma mama.... Doar aquelas próteses para quem precisa, porque nem todo mundo tem facilidade como eu tive para encarar, fazer oficinas de beleza, eu já vi, pra aumentar a autoestima das pessoas.</i></p>	<p>IC1: Atividades corporais DSC1: <i>Se tivesse é um programa de ginástica laboral, para as pessoas fazerem alongamento, relaxamento. É eu acho que grupo é um negócio que dá muito certo tanto para nós profissionais, quanto para os pacientes. Cartilha seria legal também, mas acaba que pelo grau de pacientes assim, que a gente atende às vezes não lê, teria dificuldade, jogaria fora, nem ligaria para aquilo. Eu tenho até tentado fazer algumas coisas para gente ter mais momentos agradáveis é bem recente a gente está fazendo um café da manhã</i></p> <p>IC2: Palestras, minimizar níveis de estresse DSC2: <i>Eu acho que psicologia poderia fazer algumas palestras, né, para a equipe e aí discutir, abrir mesmo uma mesa redonda para levantar as questões e como poderia ser minimizado o nível de estresse, sabe? Conforme o problema. Manejos de crise e até sessões mesmo para as pessoas exporem as suas fragilidades. Trazer um pouco de teoria sobre isso, levantar discussões.</i></p>

Como sugestões de ações dadas pelos usuários à instituição estão: solicitação de continuidade a assistência (DSC1) e de tecnologias que promovam esse fim (DSC2). Percebe-se que a saúde ainda não é percebida como um direito básico garantido em lei e dever do Estado (Brasil, 1988), mas um favor, uma ação voluntária que envolve sentimento de gratidão. Os usuários também almejam um atendimento prioritário, visto suas necessidades em decorrência do câncer. O princípio da equidade proposto pelo SUS prevê “tratar cada usuário dos serviços segundo suas necessidades

de saúde, priorizando a justiça das condições, garantindo acesso igualitário e sem discriminação a todos” (VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986). Assim, pessoas com câncer têm direito a ter o seu atendimento priorizado, porém a implementação dessa prática é um desafio ao sistema de saúde, pois depende de uma mudança na estrutura da organização para conseguir atender as demandas desses pacientes, além de uma postura ativa dos usuários exercendo o controle social, em busca de seus direitos. Destaca-se que a atenção integral só será alcançada se cada serviço for um componente interligado que funcione e encaminhe para o próximo nível de atenção.

Já o DSC1 dos profissionais sugere à instituição a promoção de espaços para a realização de atividades físicas que proporcionem qualidade de vida, de modo que o ambiente de trabalho seja local de também cuidar da saúde de seus funcionários. O DSC2 reivindica espaços formais para cuidar da sua subjetividade; e proporcione o acolhimento, escuta e o reconhecimento do seu papel. Esses resultados corroboram algumas das propostas de intervenção sugeridas por Gauer, Franco, Zogbi, Marini, Diefenthaeler e Neto, (2006). A partir de levantamento da literatura sobre como cuidar do cuidador, tais como a realização de discussões de casos com a equipe multiprofissional, em que se divide as responsabilidades para atingir um resultado comum; realizar psicoterapia, terapia ocupacional, grupo-terapia e/ou exercícios laborais, que são apontadas como dispositivos de integração de equipes e de resolução das dificuldades. Outra proposta são programas de prevenção para trabalhar a vulnerabilidade da saúde dos profissionais e a importância da compreensão das virtudes e fraquezas de cada um no que tange o contato com o outro. Com os DSC2, observa-se a importância de que os setores que auxiliam esses atores sejam de fácil acesso e mais livres de hierarquia para atingir o objetivo de cuidar do profissional adequadamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal deste estudo foi compreender o significado e a vivência de cuidado e autocuidado para usuários e profissionais de saúde no contexto oncológico. O significado de cuidado é vinculado à vida, proteção, atenção, carinho, qualidade de vida, relação com o outro e com nós mesmos, algo que todos precisarão em algum momento da vida e deve ser realizada da melhor maneira possível, de modo, holístico. Apesar do autocuidado ser caracterizado como o ato do indivíduo se responsabilizar pelo seu próprio cuidado, adotando hábitos saudáveis e atividades prazerosas para manutenção, promoção e

prevenção da saúde e bem-estar, percebe-se que a prática é irregular. Chama a atenção o fato de apesar do profissional de saúde dominar conhecimentos e técnicas para cuidar da sua saúde também negligencia o próprio cuidado por várias razões, dentre elas a falta de incentivo da instituição em que trabalham. Já para alguns usuários a vivência do câncer faz com que se tornem mais conscientes e ativos em relação ao autocuidado.

O modelo de saúde implementado ainda ressalta o tratamento de doenças, desde a formação acadêmica, onde o foco é a especialização e não a humanização das relações. Na experiência prática, valoriza-se a estatística por quantidade de atendimentos, a resolubilidade e rapidez nos atendimentos, isso dificulta que o profissional dê conta de tudo o que se espera dele. Atrelado a isso ainda ocorre o cenário burocrático institucional, no qual há falta de infraestrutura e insumos, dificuldade de diálogo com os gestores e usuários sobre as condutas a serem adotadas. Desse modo, a assistência de qualidade ao usuário fica comprometida e tanto usuários quanto profissionais podem acabar adoecendo.

Importante política pública o SUS foi conquistado por movimentos sociais, porém percebe-se um distanciamento entre os segmentos que o compõem (usuários, profissionais da saúde e gestores) na construção da saúde. Todos são responsáveis por participar desse processo dando sugestões e trabalhando na melhoria do serviço, na humanização das relações. Ademais é importante refletir sobre o real sentido de cuidado que queremos empregar e incluir o esforço de todos nesse processo. É um cuidado integral, holístico, que engloba a subjetividade do sujeito e o compreende em sua singularidade ou é um cuidado focado apenas em tratar o adoecimento?

É importante que desde a formação dos profissionais se discuta sobre cuidar do outro e a prática do próprio cuidado, pois são fatores que interagem, e que se negligenciados podem gerar adoecimento. Os usuários, o serviço e os profissionais podem valorizar a utilização de técnicas relacionais de acolhimento e clínica ampliada, pois a prioridade é cuidar da pessoa, ouvi-la, identificar as suas demandas, pactuar ações, prestar um serviço com qualidade para assim alcançar um cuidado mais integral. Pode-se levantar com os usuários temas de interesse para serem discutidos e adotar a proposta do autocuidado apoiado baseada na avaliação, aconselhamento, acordo (pactuação), assistência e acompanhamento (Cavalcanti & Oliveira, 2012).

Sugere-se ainda o aprofundamento na discussão sobre o conceito de noção de subjetividade aplicada à

saúde, pois ainda se observa o despreparo que os profissionais da saúde têm ao lidar com essa dimensão que toda prática de saúde tem. Desse modo, se apresenta a definição de González Rey (2005), como macrocategoria, para se gerar inteligibilidade acerca da organização da experiência humana. O autor define o fenômeno em termos ontológicos específicos, desenvolvendo uma proposta acerca da representação do psíquico, numa visão sistêmica e dialética, rompendo com as dicotomias interno e externo, individual e social.

As limitações encontradas no estudo foram a não inclusão dos gestores, na compreensão sobre o cuidado e autocuidado, principalmente pela instituição passar a atuar pelo modelo da EBSERH que tem como base a construção de linhas de cuidado. Outra limitação foi o número de participantes envolvidos no estudo e o fato de não ter sido realizado um encontro para discussão dos resultados preliminares tanto com os profissionais quanto com os usuários antes da finalização da análise das informações.

O objetivo desse estudo não foi esgotar as propostas de cuidado que podem ser desenvolvidas pela instituição e seus parceiros, mas sim, promover a reflexão sobre a importância de se cuidar de todos os atores sociais, que são os responsáveis pela construção da saúde e valorizar a subjetividade. São necessários novos estudos sobre o cuidado dos atores sociais dentro da instituição da saúde e propostas de intervenção, uma vez, que se defende o cuidado como uma dimensão essencial do ser humano, necessária para existência da vida e que precisa de condições favoráveis para existir em sua total essência.

REFERÊNCIAS

- Achury-Saldaña, D.M.; Rodríguez, S.M.; Achury-Beltrán, L.F.; Padilla-Velasco, M.P.; Leuro-Umaña, J.M.; Martínez, M.A.; Soto-Rodríguez, J. A.; Almonacid-Lever, Y.A.; Sosa, A.M. & Camargo-Becerra, L. E. (2013). Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichán*, v. 13, n. 3, Dec.13(3): 363-372.
- Arenas-Moreal, L., Hernández-Tezoquipa, I., Valdez- Santiago, R., & Bonilla Fernandez, P. (2004). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública de México*, 326-332.
- Borges, M. S., Queiroz, L. S., & Silva, H. C. P. (2011). Representações sociais sobre cuidar e tratar: o olhar de pacientes e profissionais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.45, n. 6, 1427-1433.
- Borges, S. A. C. & Porto, P. N. (2014). Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. *Saúde Debate*, V. 38, N. 101, P. 338-346.
- Brasil (1988). *Constituição 1988. Dispõe sobre a Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Diário Oficial da República Federativa da União.
- Brasil (2008) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010a) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Brasil (2013). *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado*
- Broto, T. C. A., & Dalbello-Araújo, M. (2013). É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo*, 37 (126): 290-305.
- Cavalcanti, A. M., & Oliveira, A. C. L. (2012). Autocuidado apoiado: manual do profissional da saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, Curitiba: 2012.
- VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS (1986). *Anais*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2005). A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro; Mattos. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/Abrasco.
- Freitas, I. B. A., & Meneghel, S. A. (2011). A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1):301-310.
- González Rey, F. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Gauer, G. J. C., Franco, R. S., Zogbi, H., Marini, P. A., Diefenthaler, E. C. & Neto, A. C. (2006). Estratégia dos profissionais de saúde para cuidar dos que cuidam. *Bioética* 14 (2):171-180.
- González Rey, F. (2005). Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: Os processos de construção da informação. São Paulo: Thomson.
- Henriques, M. C. L., & Coppard, L. C. (1985). La auto atención de la salud y los ancianos. In: Organización Panamericana de la Salud. Hacia el bienestar de los ancianos. Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud.
- Henriques, M.C.L., Rodrigues, D.P., Gonçalves, L.L.C., Almeida, A. M., Santos, A.H., S.Abud, A. C. F., Daltro, A.S.T., Barros, A.M.M.S. (2010). Autocuidado: A prática de mulheres com câncer de mama submetidas a quimioterapia. *Rev. enferm. UERJ*, 18(4):638-43.
- Hortense, F. T. P., Carmagnani, M. I. S., Brêtas, A. C. P. (2008). O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 61(1): 24-30.
- Lefèvre, F., & Lefèvre, A. M. C. (2005). O discurso do sujeito coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos).-2.ed-Caxias do Sul, RS: Educs.
- Maruyama, S. T. (2014). *A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiar e profissionais de saúde: um estudo etnográfico*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- Mendes A. P., Bastos, F., Paiva, A. (2010) A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Rev. Enf. Ref.*, (2): 7-16
- Mori, D.V., & González Rey, F. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: teoria e prática*, 140-152.
- Oliveira, F. C., Campos, A. C. S., Alves, M.D.S. (2010) Autocuidado do nefropata diabético. *Revista Brasileira de Enfermagem (Impresso)*, v. 63, n. 6, p. 946-949.
- Pereira, M. H. G. G., & Costa, L. F. (2007). Santa pecadora ou execrada santa? O autocuidado em mulheres soropositivas para HIV. *Psico-USF*, 12(1), 103-110.
- Peterson, A. A., & Carvalho, E. C. (2011). Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 64(4): 692-7.
- Reis, J. (1999). *O Sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos da saúde e doença*. Lisboa: Vega.
- Rocha, L. S., Beuter, M., Neves, E. T., Leite, M. T., Brondani, C. M. & Perlini, N. M. O. G. (2014). O cuidado de si de idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(1): 29-37.
- Santana, J. J. R. A., Zanin, C. R., & Maniglia, J. V. (2008). Câncer: enfrentamento e apoio social. *Paidéia*, 18 (40), 371-384.
- Vázquez, I. A., Rodríguez, C. F., & Álvarez, M. P. (1998). Manual de psicologia de la salud. Madrid: Psicología Pirâmide.
- Vivar, C. G., Orecilla-Velilla, E., & Gómara-Arraiza, L. (2009). É más difícil: experiencias de las enfermeras sobre el cuidado del paciente con recidiva de cáncer. *Enfermería Clínica*;19(6):314–321.

Submetido em: 17-2-2016

Aceito em: 6-12-2016